

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 107

LES
ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE
D'ORIGINE COECALE
(*TYPHLITES SUPPURÉES*)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1910

PAR

EUGÈNE KAEPPELIN

Né au Puy, le 9 novembre 1880



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 107

LES
ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE
D'ORIGINE COECALE
(TYPHLITES SUPPURÉES)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1910

PAR

EUGÈNE KAEPPELIN

Né au Puy, le 9 novembre 1880



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM LEPINE.
Cliniques chirurgicales.....	TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique médicale.....	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	BEAUVISAGE
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	RENAUD.
Anatomie pathologique.....	MORAT.
Médecine opératoire.....	ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....	COLLET.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC-
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	REGAUD.	J. LEPINE.	LATARJET ch...
COURMONT (P.).	COMMANDEUR.	LESIEUR.	BÉRIEL ch...
CHATIN.	GAYET.	MARTIN (Etienne)	BRETIN ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	THÉVENOT, ch...
TIXIER.	PATEL.	VORON.	
		NOGIER.	

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président; ROCHET, Assesseur;
VILLARD et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

HOMMAGE
A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR JABOULAY

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HOTEL-DIEU

Au début de ce travail, nous voulons adresser nos remerciements à nos Maîtres qui nous ont dirigé dans le cours de nos études ; d'abord pendant notre stage dans les hôpitaux de Lyon, ensuite pendant notre suppléance d'internat dans les hôpitaux de Saint-Etienne :

M. MONTAGNON, médecin des hôpitaux.

M. MARTEL, chirurgien des hôpitaux.

M. VIANNAY, chirurgien des hôpitaux.

Nous remercions d'une façon toute particulière, M. Patel, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, qui nous a donné le sujet de notre thèse, nous a guidé de ses conseils et a eu l'obligeance de nous traduire nos observations anglaises : qu'il soit assuré de notre plus vive gratitude.

Mon ami, le docteur Fisher, a bien voulu me prêter son concours pour la traduction des observations allemandes, je tiens à lui témoigner toute mon amitié et à l'assurer de mon meilleur souvenir.

INTRODUCTION

Lorsque le clinicien se trouve en présence d'un abcès de la fosse iliaque droite, et qu'il le diagnostique d'origine intestinale, c'est toujours à un abcès appendiculaire qu'il songe, et il ne peut jamais faire d'autre diagnostic. Aussi, en abordant cette question des abcès iliaques, qui a donné lieu, dans ces dernières années, à de si nombreuses et si ardentes discussions, nous spécifions bien que nous ne voulons point revenir sur les distinctions que l'on faisait autrefois entre l'appendicite et la typhlite, pas plus que nous ne voudrions les mettre en parallèle. Nous ne nous occuperons que des inflammations aiguës du cœcum et nous prévenons bien que nous avons éliminé tous les cas où la nature tuberculeuse pouvait être mise en doute. Nul ne serait tenté de faire revivre aujourd'hui la typhlite telle qu'elle était comprise en clinique il y a une trentaine d'années ; il est reconnu à l'heure actuelle que l'appendice est presque toujours en cause lorsque l'on a à faire à un abcès

de la fosse iliaque droite et, dans la pratique, pour la thérapeutique et les indications opératoires, il est bien certain que l'hésitation n'est pas permise et que c'est toujours à l'appendicite qu'il faut conclure.

Ce point étant reconnu et bien établi, il est néanmoins permis de rechercher les exceptions à cette règle générale et de recueillir les observations où après ouverture de l'abcès et recherche de l'appendice, on a trouvé ce dernier absolument indemne, alors que le cœcum présentait seul des lésions.

Nous ne parlerons pas des cas où l'on a trouvé des lésions du cœcum associées avec celles de l'appendice ; elles sont assez fréquentes et cela explique bien souvent les résultats décevants où, après ablation d'un appendice malade, les accidents se renouvellent et persistent assez longtemps pour nécessiter des soins prolongés. Nous ne voulons, dans cet travail, ne nous occuper que des accidents primitifs et isolés du cœcum avec appendice normal.

M. le professeur agrégé Patel a eu l'occasion d'opérer récemment un cas très net de suppuration d'origine cœcale, avec intégrité absolue de l'appendice ; il a eu l'amabilité de nous communiquer l'observation de son malade et nous a suggéré l'idée de ce travail.

Nous avons pu recueillir dans la littérature médicale un assez grand nombre de cas analogues, publiés dans ces dernières années ; ils présentent d'ordinaire toutes les allures cliniques de l'appendicite, et il est intéressant de les signaler. Des travaux récents, n'ont-ils pas été faits sur les sigmoïdites et les lésions

signalées au niveau de l'S iliaque ne sont-elles pas susceptibles, à un degré moindre sans doute, de se produire sur tous les segments du gros intestin ? Le cœcum saurait-il s'y soustraire ?

C'est donc aux abcès iliaques droits d'origine cœcale, avec lésions primitives du cœcum et appendice sain, que nous bornerons notre étude. Et s'il nous arrive, dans le cours de notre exposé, d'employer le terme de typhlite, nous avertissons bien qu'il ne faudra point rapprocher ce terme de l'ancienne typhlite stercorale et qu'il nous servira seulement à désigner les abcès dont nous nous occupons.

Après un aperçu historique, nous rechercherons les facteurs étiologiques, puis nous rapporterons les quelques données d'anatomie pathologique que nous avons pu recueillir ; nous exposerons ensuite l'étude clinique et, dans un dernier chapitre, nous donnerons le traitement.

HISTORIQUE

Jusqu'en 1888, tous les abcès de la fosse iliaque droite étaient mis sur le compte de la typhlite et cette dernière occupait la place unique dans la description des inflammations localisées de la fosse iliaque droite.

Déjà signalée au XVIII^e siècle, la typhlite n'avait pas reçu de dénomination spéciale ; mais on peut trouver dans les écrits de Bourienne, en 1775, de nombreux cas de pérityphlite. L'affection n'avait pas une place à part, elle était insuffisamment connue, et reléguée dans la grande classe des phlegmons de la fosse iliaque.

Ménière, en 1828, publie un mémoire sur les abcès de la fosse iliaque, mais il n'établit pas nettement de relation entre le phlegmon péricœcal et le cœcum lui-même. Husson et Dance, en 1829, n'en établissent pas davantage.

Albers de Bonn, en 1838, traite également l'inflammation limitée du cœcum et il en considère plusieurs formes.

Grisolle, en 1839, fait paraître un travail remarquable sur « les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque », il expose toute l'histoire de la pérityphlite mais sans indiquer cependant ses liens avec le cœcum.

Plus tard Bamberger en Allemagne (1864) Bartholow en Angleterre (1866) font l'histoire complète de la pérityphlite.

En France, le compendium de Moneret lui consacre quelques lignes.

Citons enfin la thèse du Dr Blatin, en 1873, où la typhlite est étudiée concurremment avec la pérityphlite ; et la thèse de Pravaz, en 1889, sur les pérityphlites.

Malgré quelques observations comme celles de Meslier, en 1827, qui rapportent et affirment les lésions de l'appendice ; malgré les recherches de Leudet, en 1854 et 1859, sur les perforations de l'appendice, la typhlite règne en souveraine jusqu'en 1888. C'était la typhlite stercorale due, disait-on, à un engorgement du cœcum par des matières fécales ; cet engorgement déterminait une inflammation des parois cœcales et on avait la typhlite avec tous ses symptômes : constipation, douleur, tuméfaction, empatement de la fosse iliaque droite et dans les cas graves, fièvre, nausées, vomissements. Quand l'inflammation aboutissait à des collections purulentes, on admettait qu'elle s'était propagée, soit au tissu cellulaire péricœcal, car on considérait, à tort, le cœcum comme incomplètement entouré de péritoine et on disait qu'il y avait paratyphlite, soit au péri-

toine avoisinant, ce qui constituait la pérityphlite.

Les lésions de l'appendice iléo-cœcal étaient chose absolument inconnue, car malgré les observations éparses et perdues dans les recueils scientifiques, l'inflammation de l'appendice n'avait jamais été véritablement décrite dans les différentes phases de son évolution, on localisait toutes les affections inflammatoires dans le cœcum et on ne parlait que de typhlite et de pérityphlite.

Mais de 1886 à 1890, de nombreux travaux paraissaient sur les lésions de l'appendice : c'est le mémoire de Réginald Fitz (1886) qui rapporte 257 cas d'appendicite; ce sont également les travaux des chirurgiens américains avec Mac Burney, des Anglais avec Trèves, des Français avec Tuffier, Talamon, etc.

Peu à peu la typhlite disparaît du cadre nosologique, pour céder la place à l'appendicite. Il ne faut plus voir dans les abcès de la fosse iliaque droite que le résultat des lésions ou des perforations appendiculaires. On nie l'existence de la typhlite. Talamon écrit en 1890 : « La typhlite des auteurs est une maladie purement théorique », et Dieulafoy ne l'admet qu'en tant que secondaire aux lésions de l'appendice. Ces idées sont consacrées au Congrès de chirurgie de 1895, et Routier la même année, spécifie, dans une discussion à la Société de Chirurgie, que sur le grand nombre de cas qui lui sont personnels, c'était toujours l'appendice qui était le foyer des accidents et pas le cœcum.

Cependant, dès 1891, on commence à parler de

cas de lésions du cœcum, dans une séance de la Société des Sciences Médicales de Lyon, reproduite dans le *Lyon Médical* de novembre 1891, page 444, sur l'intervention hâtive et l'expectation dans l'appendicite, M. Jaboulay présente à la Société seize observations d'appendicites et, au cours de la discussion, on est amené à parler des lésions du cœcum, sans en faire cependant mention d'une façon particulière. Le principal résultat de la discussion, c'est l'intervention précoce dans l'abcès appendiculaire; il faut bien noter, néanmoins, qu'il a été parlé des lésions du cœcum et que c'est un premier pas dans l'évolution qui nous conduit aux abcès iliaques d'origine cœcale.

Et depuis, l'appendicite qui a eu une vogue si retentissante, se trouve quelque peu détrônée dans ces dernières années. On a démontré l'existence des sigmoïdites et, du coup, les soi-disantes appendicites à gauche ont disparu; on a relevé également de nombreux cas de colites suppurées. Et, cependant, à côté des nombreux travaux qui ont été publiés sur l'appendicite, aucun document n'a encore paru résumant les données que l'on possède actuellement sur les inflammations de la fosse iliaque droite, d'origine cœcale. Or, s'il est bien établi que l'appendicite est la règle, certaines observations ne permettent pas de nier l'existence de la phlegmasie isolée du cœcum et de lui refuser toute influence pathogénique dans le développement des abcès iliaques. Il existe bien réellement des lésions isolées du cœcum, primitives, indépendantes de toute lésion appendiculaire; leur existence est démontrée par des observations clini-

ques et anatomiques indiscutables que nous rapportons plus loin. Il est donc intéressant de les signaler et de les étudier, bien que, pratiquement, l'intérêt n'en soit pas considérable, puisque nous avons bien dit qu'en leur présence, il fallait se comporter comme vis-à-vis d'un abcès appendiculaire.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous classerons les facteurs étiologiques des abcès péricœcaux en causes prédisposantes et en causes déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes nous étudierons l'âge, le sexe et le genre de vie.

L'âge. — Nous n'avons pas trouvé de statistique faite à ce sujet ; mais nos observations nous ont montré que c'est surtout pendant l'adolescence et l'âge mûr que la maladie se déclare de préférence. La vieillesse en est presque exempte : à partir de 50 ans c'est une véritable exception ; quant aux enfants au-dessous de 10 ans nous n'avons pu en recueillir aucun cas dans la littérature médicale.

Le sexe. — Il est incontestable que les hommes y sont bien plus sujets que les femmes. Une statistique d'Hoffmann donne comme proportion onze hommes sur deux femmes ; nous-mêmes dans les cas que

nous avons rapportés, nous trouvons comme proportion trois chez l'homme pour une chez la femme.

Le genre de vie. — Les gens qui usent d'une nourriture abondante, en même temps qu'ils vivent d'une vie sédentaire seraient plus particulièrement sujets aux phlegmasies cœcales. On a parlé également du froid, des exercices violents après le repas, etc., etc.

Au rang des causes déterminantes, nous placerons le coprostase, le traumatisme, les corps étrangers, l'inflammation des follicules clos, mais surtout et par dessus tout l'infection.

Tous les anciens auteurs s'accordent à reconnaître à la coprostase une cause prépondérante. Nous ne rappellerons pas toutes les théories sur l'inflammation d'origine coprostatique ; la compression des parois intestinales par les matières fécales amenant la congestion veineuse, avec état catarrhal de la muqueuse et relâchement de la tunique musculaire, qui se laisse distendre et favorise les lésions muqueuses par les fèces ; il se produirait alors une desquamation épithéliale avec de petites surfaces escoriées et on aurait autant de foyers d'inoculation septique. Chaque foyer pouvant où se cicatriser, ou former une ulcération avec perforation et toutes ses conséquences.

Nous avons relevé dans nos observations des cas intéressants où l'abcès péricœcal a été produit par une déchirure traumatique de la tunique intestinale ou par un corps étranger.

Le traumatisme est cité souvent par les auteurs ;

c'est à la suite de coups directs au niveau de la région cœcale que la paroi intestinale se déchire et qu'éclatent tous les accidents graves que l'on a observés ; nous en rapportons deux cas.

Les corps étrangers sont assez rares ; nous en avons un très beau cas publié par Southam où une épingle avait perforé le cœcum et produit un gros abcès péri-cœcal.

Mais, quel que soit le mécanisme invoqué ou la cause déterminante, il est une cause essentielle qui prime toutes les autres, et qui existe toujours, c'est l'infection.

Il ne faut pas perdre de vue que dans cette portion de l'intestin, la paroi intestinale est remplie de follicules clos ; follicules lymphatiques qui sont sujets aux inflammations les plus banales.

Ces follicules clos ne diffèrent en rien des follicules lymphatiques qui rentrent dans la formation des amygdales palatine et pharyngiennes. Or, ces amygdales sont le siège d'inflammations localisées extrêmement fréquentes ; cela tient sans doute à ce que le nombre des follicules clos qui les composent est considérable ; aussi, moins nombreux dans l'intestin, il n'y a rien d'étonnant à ce que les affections de ce côté soient plus rares. Mais, n'est-il pas logique d'assimiler les lésions amygdaliennes aux lésions folliculaires intestinales et de dire que toute lésion inflammatoire observée du côté des amygdales peuvent se reproduire dans les follicules lymphatiques de la paroi intestinale ?

Et, s'il est un grand nombre de causes d'infections

des follicules clos au niveau de la cavité buccale par suite de la foule inouïable de microbes que l'on y rencontre, cette infection ne peut-elle pas se réaliser tout aussi facilement dans le tube intestinal? La flore microbienne intestinale est considérable ; les agents infectieux pullulent dans l'intestin ; sans parler du colibacille, l'hôte habituel de l'intestin, il faut citer les streptocoques, les straphylocoques, les diplocoques, le bacillus fluorescens, le proteus vulgaris, une quantité énorme d'anaérobies qui, tous séparément ou associés, jouent un rôle pathogène considérable et qu'on a trouvé à plusieurs reprises dans les collections purulentes de la fosse iliaque et dans les parois enflammées du cœcum. Et, si l'appendice est bien plus souvent lésé que le cœcum, c'est que les follicules clos s'y rencontrent en bien plus grand nombre que dans celui-ci.

Il n'en est pas moins vrai que l'infection a quelquefois pour point de départ le cœcum, et que chaque follicule clos peut jouer le rôle d'un petit appendice iléo-cœcal. Sous l'influence des agents infectieux, les follicules fortement hyperémiés augmentent de volume ; dans les cavités lymphatiques périfolliculaires, de nombreux lymphocytes s'accumulent : il y a folliculite d'abord, puis périfolliculite. Au centre du follicule, se forme un petit abcès qui évolue soit vers la muqueuse en donnant un ulcère folliculaire, soit vers la séreuse en provoquant une perforation qui s'ouvre dans le péritoine.

Il faut signaler également les diverticules du

cœcum, qui, bien moins fréquents que dans l'S iliaque peuvent pourtant se rencontrer quelquefois dans le cœcum ; et ces petits appendices, ayant même constitution que l'appendice iléo-cœcal, peuvent provoquer par leurs lésions les mêmes accidents que l'appendice lui-même.

L'ulcération, la perforation sont des lésions identiques, se distinguant seulement par le degré de gravité, mais résultant de la même cause : la destruction des éléments anatomiques de la paroi par les toxines microbiennes dont l'action peut être primitive ou favorisée par les divers agents mécaniques dont nous venons de parler.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomiques du cœcum sont assez mal connues. Les trois autopsies que nous rapportons dans nos observations sont peu explicites à ce sujet ; il en est de même à propos des pièces cœcales réséquées.

Les faits signalés et intéressants à noter sont les suivants : d'abord la perforation cœcale, reposant sur une base épaissie et indurée ; l'épaississement de la paroi cœcale, une forte inflammation de la muqueuse qui est rouge et tuméfiée ; une abondante infiltration de cellules rondes inflammatoires.

La ou les perforations siègent en général sur la paroi antéro-externe du cœcum ; quant à en donner une raison précise, c'est bien difficile, mais cependant il semble bien que la nutrition moindre de la paroi à ce niveau, la rende plus sensible à l'inflammation. Les artères qui se distribuent au cœcum, sont en effet toutes situées sur le côté antéro-interne du

cœcum et la paroi opposée ne possède qu'un petit nombre de ramuscules très distants les uns des autres. Rien d'étonnant alors que cette paroi moins vascularisée, lorsqu'elle se trouve soumise à l'action irritante d'un des agents mécaniques ou infectieux signalés plus haut, soit plus accessible à l'inflammation.

Les perforations du cœcum sont toujours peu nombreuses; le plus souvent il n'en existe qu'une seule, assez grande et bien visible. Dans quelques cas pourtant on en a rencontré plusieurs. Les dimensions en sont variables. Elles vont de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 2 fr.

La conséquence de la perforation est en général une péritonite circonscrite avec formation d'un abcès.

L'abcès est toujours cœcal, jamais pelvien; il occupe tantôt la face antérieure, ou la face latérale ou la face postérieure et il s'ensuit qu'on peut établir une division en abcès antérieurs, postérieurs et latéraux, mais toujours dans la fosse iliaque, différents en cela de l'abcès d'origine appendiculaire qui peut occuper les positions les plus variées, suivant le siège de l'appendice qui varie lui-même avec les individus; souvent pelvien, quelquefois iliaque gauche, ou bien sous-hépatique, etc.

Les abcès péricœcaux, une fois formés, tendent à s'ouvrir un passage à l'extérieur et c'est principalement à la paroi abdominale que tend à se faire l'issue, car les abcès sont le plus souvent antérieurs ou latéraux, et dans quelques cas on a pu obtenir la

sensation de fluctuation à la paroi abdominale. Mais s'il s'agit d'un abcès postérieur, il n'a aucune tendance à l'ouverture spontanée à l'extérieur, il fuse plutôt dans différents sens, soit vers le bassin soit vers la cuisse par la gaine des vaisseaux, etc.

On a noté l'ouverture spontanée de l'abcès dans l'intestin ce sont des cas où, dit-on, l'abcès disparaît tout d'un coup et ici la disparition est suivie d'une abondante diarrhée fétide: ce serait une terminaison favorable. Mais nous signalons simplement ces cas, car nous n'avons pu en trouver d'observation précise, et comme les observations que nous rapportons sont très nettes, nous ne voulons pas y glisser des faits douteux.

En tous cas l'ouverture spontanée soit à la paroi, soit dans les viscères abdominaux est extrêmement rare.

Les parois de l'abcès sont formées par le péritoine altéré et épaissi, par les anses intestinales agglutinées par des fausses membranes et par l'épiploon. Le pus est sanieux, grisâtre, d'odeur fétide.

Tout fait penser à un abcès appendiculaire et l'on est en droit d'affirmer que l'on a ouvert un abcès d'origine appendiculaire, si on n'a pas trouvé l'appendice ou si l'on n'a pas eu la curiosité de le rechercher pour constater son intégrité.

ÉTUDE CLINIQUE

Le tableau clinique des abcès péri-cœcaux est exactement le même que celui de l'abcès péri-appendiculaire. Nous en exposerons les symptômes à grandes lignes ne voulant en aucune façon chercher à différencier les deux affections, ce qui, nous l'avons dit est impossible, mais simplement pour en retracer la marche générale.

Dans la majorité des cas l'abcès, avant de se former, est précédé d'une ou plusieurs crises douloureuses qui prennent brusquement le malade en pleine santé, douleur vive et plus intense au niveau de la région cœcale, s'irradiant dans tout le côté droit de l'abdomen et accompagnée d'une réaction péritonéale plus ou moins marquée. Dans quelques cas les malades n'ont pas été arrêtés dans leur travail, dans d'autres ils ont eu des nausées, du ballonnement du ventre, de l'arrêt des selles et des gaz. La crise peut se calmer pour se reproduire quelques jours plus tard ; dans la plupart des cas les symptômes du

début s'accroissent en même temps que la suppuration s'établit.

L'abcès une fois confirmé, les symptômes sont : la douleur dans la fosse iliaque droite ; la tuméfaction dans la même région le tout accompagné de troubles fonctionnels et de signes généraux. La douleur du début persiste toujours plus ou moins aiguë, mais réveillée par la plus faible pression au niveau du cœcum, elle s'accompagne d'une hyperesthésie cutanée extrêmement développée, à tel point que certains auteurs (Lyons, Murphy) y ont cherché un élément de diagnostic ; nous signalons le fait mais nous ne croyons pas qu'on doive y attacher d'autre importance.

Malgré cette vive douleur, la palpation est presque toujours possible et on perçoit alors une tumeur plus ou moins volumineuse et assez mal délimitée. Cette tumeur apparaît en général au bout de deux ou trois jours, quelquefois même plus tardivement. Elle n'est jamais pelvienne ; elle siège dans la fosse iliaque droite au-dessus de l'arcade de Fallope, au niveau du cœcum qu'elle élargit, ou repousse en avant lorsqu'elle occupe sa face postérieure. Elle est de volume variable allant de la grosseur d'un citron à celle d'une tête d'enfant.

A la percussion on a une diminution de la sonorité, souvent une matité complète ; mais l'intestin est toujours très météorisé et, dans ces conditions, la percussion ne peut donner dans la plupart des cas de renseignements bien précis. De plus si l'abcès est postérieur, il est recouvert par le cœcum et on a

alors une sonorité très marquée. Ajoutons que cette sonorité peut exister également dans les abcès antérieurs par le fait des gaz développés dans la cavité ou provenant de l'intestin. Cette tumeur peut rester stationnaire plusieurs jours, puis s'accroître brusquement en même temps que les symptômes généraux.

Les troubles fonctionnels que l'on a notés au début persistent et augmentent d'intensité à mesure que l'abcès s'accroît : ils portent surtout sur l'appareil digestif et se manifestent de façons variées.

L'inappétence est absolue, la langue est saburrale, le malade qui était pris de nausées les premiers jours, les voit remplacées par des vomissements, d'abord alimentaires puis bilieux, pour prendre ensuite une coloration brunâtre et d'apparence fécaloïde. La constipation est habituelle ; elle précède d'ailleurs souvent la maladie. Dans certains cas, cependant, elle alterne avec des diarrhées extrêmement fétides quelquefois mélangées de sang.

La fièvre peut manquer au début ou être peu prononcée ; mais elle apparaît en même temps que la tumeur et suit dans ses oscillations les changements qui surviennent dans cette dernière. Lorsque l'abcès est définitivement formé la température reste élevée entre 40 et 41 et le pouls s'accélère pour rester petit et rapide.

L'état général du malade est toujours mauvais, il présente le faciès abdominal grippé, nez pincé, yeux cernés, regard terne et abattu. Le teint est terreux. Le malade est inquiet et ne dort pas. Cependant les

malades sont calmes l'intelligence est intacte et il est rare que l'on ait à noter de l'agitation et du délire.

Marche — Complications. — La marche et la durée de la maladie dépendent de la rapidité de l'inflammation ; il y a des abcès qui se forment en deux ou trois jours, alors que, dans d'autres cas, ils mettent huit et même quinze jours ; et suivant la plus ou moins grande rapidité de leur formation, le travail de défense de la sireuse offre au pus une barrière plus ou moins solide, par suite des adhérences qui se sont formées entre le péritoine et les différentes anses intestinales ; ces adhérences étant d'autant plus résistantes que leur formation est plus ancienne. Elles dépendent également et surtout du traitement employé. Si l'on intervient, on ouvre l'abcès, on draine et la guérison est la conséquence habituelle ; mais si l'on n'intervient pas ou si le chirurgien est appelé trop tard, on peut voir se produire toutes sortes de complications et des plus redoutables.

Albers de Bonn cite un cas où le pus, après avoir traversé le diaphragme, se serait épanché dans la plèvre.

Nous rapportons une observation de Küttner où l'abcès se produisit à la région lombaire et nécessita une double intervention.

Dans un cas de Tédénat nous avons vu que l'abcès avait suivi la gaine de vaisseaux fémoraux et qu'il occupait toute la partie supérieure de la cuisse droite où il formait une tumeur volumineuse.

Notons également la mort par pyohémie ou par septicémie chronique.

Mais la complication la plus redoutable est la péritonite généralisée. Le pus peut faire irruption d'emblée dans la cavité péritonéale et alors la mort est rapide, 24 heures dans un cas cité par Reisinger, deux heures dans un cas de Southam ; ou bien on peut avoir une péritonite chronique généralisée comme nous le trouvons dans les observations de Nauverk et de Parker.

Pronostic. — Les abcès péri-cœcaux sont graves et le pronostic doit toujours être réservé, la possibilité d'une infection péritonéale généralisée étant toujours à craindre.

Aujourd'hui cependant le traitement par incision précoce avec drainage de la cavité abcédée a diminué dans une notable proportion le nombre des cas mortels et, en général, dès que l'abcès est évacué, la guérison est assez rapide.

Diagnostic. — Pour ce qui est du diagnostic nous dirons qu'il est à peu près impossible de le faire, et d'ailleurs, au point de vue pratique, nous l'avons exposé, cela n'a pas d'importance ; on portera toujours le diagnostic d'appendicite et on ne pourra pas en porter d'autres.

L'affection cœcale, comme l'affection appendiculaire, peut procéder par crises successives, pour aboutir à l'abcès, comme elle peut aussi éclater brusquement et à la première attaque provoquer la perforation et l'abcès qui s'ensuit.

Ce ne sera qu'à l'opération, en tombant sur une perforation cœcale, que le chirurgien rectifiera son diagnostic et pourra se rendre compte de l'intégrité de l'appendice. D'ailleurs, il faut bien le reconnaître, jamais jusqu'ici le diagnostic n'a été fait avant l'intervention.

TRAITEMENT

Lorsqu'on est en face d'un abcès de la fosse iliaque droite, dès que l'existence de la suppuration est reconnue, l'indication opératoire est précise, il faut intervenir le plus tôt possible.

L'incision de l'abcès se fera en son point culminant, en général, suivant une incision analogue à celle de Roux pour l'appendicite ; on aura soin de ne pas sectionner les fibres musculaires, mais de les dissocier afin d'éviter les éventrations ultérieures. La poche ouverte sera évacuée et asséchée avec des tampons ; on poursuivra la suppuration aussi loin que possible, surtout si l'on se trouve en présence d'un abcès postérieur au cœcum tout en agissant cependant avec beaucoup de prudence afin de ne pas rompre les adhérences.

L'appendice sera recherché pour en opérer l'extirpation. Si le sujet est dans un état de santé assez bon, que l'abcès soit bien limité, cette recherche sera facilitée et pourra être prolongée un certain temps ;

mais si l'état du malade laisse à désirer, si la recherche de l'appendice est trop laborieuse, pour ne pas avoir d'accident regrettable il faudra l'abandonner.

La plupart du temps, le cœcum présente une petite perforation, à laquelle il n'y a pas à toucher, un bon drainage de la cavité amenant la guérison complète dans la majorité des cas.

Les suites opératoires sont presque toujours assez simples ; elles ne diffèrent en rien de celles d'un abcès appendiculaire. La guérison est la règle habituelle.

Dans certains cas il subsiste une fistule stercorale ; celle-ci, abandonnée à elle-même, peut se fermer spontanément, mais c'est une terminaison assez rare ; dans la plupart des cas, elle persiste pendant des mois et n'a aucune tendance à s'obturer : elle nécessite alors une nouvelle intervention qui consiste à en faire la cure radicale.

OBSERVATION I

(Inédite)

*Diagnostic clinique : abcès iliaque droit d'origine
appendiculaire.*

*Diagnostic opératoire : abcès iliaque droit d'origine cœcale ;
ulcération et perforation de la face externe du cœcum,
Appendice sain en position pelvienne.*

R. Jolicart, âgé de 16 ans, garçon boulanger, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis (service de M. Bérard), le 5 janvier 1910, pour une affection douloureuse abdominale, remontant à quelque temps.

Il y a trois semaines environ, il aurait ressenti dans la fosse iliaque droite, une douleur vivë, qui ne l'empêcha nullement de continuer son travail ; il n'y eut à ce moment, ni vomissement, ni diarrhée ; cependant, l'état général n'était pas bon.

La douleur s'accroît depuis huit jours ; il y a quelques vomissements bilieux, perte d'appétit, constipation ou diarrhée ; apparition à ce moment d'une tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

À l'entrée, le malade ne se présente pas avec une allure bien inquiétante ; la figure est bonne, le pouls plein à 80, la température atteint 38°5 le soir et 38°2 le matin.

À l'examen, l'abdomen est souple, mobile dans tous les points, sauf dans la fosse iliaque droite, où l'on voit se dessiner une saillie globuleuse. La palpation permet de reconnaître à ce niveau une masse du volume de deux poings, douloureuse, rénitente, adhérente aux plans profonds. Sonorité en avant : il s'agit incontestablement d'un abcès. Il paraît occuper un siège plutôt externe et élevé ; il est à cheval sur le bord supérieur de l'os coxal ; rien au toucher rectal

Le diagnostic d'abcès appendiculaire est porté ; l'intervention est décidée pour le lendemain.

Opération. — Le 6 janvier 1910 (M, Patel). Incision classique de Roux, correspondant à la saillie de l'abcès ; dissociation des différents plans musculaires ; évacuation d'un verre de pus chaud, fétide, gazeux, nettement intestinal. La cavité de l'abcès est desséchée ; on recherche l'appendice pour l'extirper ; il n'est nullement perçu sur les parois de la poche et contre l'intestin. La face externe du cœcum est reconnue et, un peu en avant de la bande longitudinale externe, on remarque une petite ulcération de la dimension d'une tête d'épingle ; la muqueuse est aperçue faisant hernie à travers l'orifice ; elle n'est pas perforée. Pensant toujours à l'appendice, la bande antérieure du cœcum est suivie, la

paroi de la poche est incisée, on pénètre dans le péritoine libre et on trouve l'appendice à la terminaison du cœcum ; la base est distante de plus de cinq centimètres de l'abcès et il est tout entier dans le pelvis, absolument sain, sans adhérence aucune. La seule lésion trouvée est l'ulcération externe du cœcum.

Drainage. — La guérison se fit sans aucun incident, très rapidement, le malade n'a pas gardé d'éventration.

OBSERVATION II

LEJARS (*Semaine Médicale*, 9 mai 1906, page 217).

Abcès iliaque d'origine cœcale; perforation de la face externe du cœcum. Incision, drainage, guérison. Appendice normal.

Jeune femme; début brusque il y a 6 jours par douleurs iliaques droites, fièvre, vomissements. La réaction aiguë fut assez vite calmée. On trouve dans la fosse iliaque droite un empâtement douloureux bien délimité. On se contente de refroidir. La température qui était tombée à 37° ne tarde pas à remonter. La tuméfaction s'accroît et la douleur s'étend; le développement d'un vaste foyer suppuré n'est plus douloureux.

Opération. — Incision iliaque conduit dans une collection purulente située en dehors et en avant du cœcum et qui est d'abord vidée; elle était en dedans formée par des adhérences épiploïques. L'appendice était en dessous du cœcum, libre, mobile, de volume, de surface, d'aspect absolument normaux. Perforation sur la face externe du cœcum à deux doigts au-dessus de l'implantation appendiculaire par où s'échappent quelques gaz, et un peu de liquide stercoral. Après avoir détergé toute la cavité suppurée, deux drains y sont laissés avec une petite mèche.

Guérison en 1 mois.

OBSERVATION III

LEJARS (*Semaine Médicale* 1906)

*Abcès pérityphlitique d'origine cœcale. Ouverture.
Guérison. Appendice normal*

Jeune homme de 17 ans. Il a deux ans, une crise aiguë d'appendicite s'était produite et un gros abcès iliaque avait été ouvert. La plaie avait guéri, mais de temps en temps quelques douleurs reparaissaient accompagnées de constipation, nausées, sans fièvre. La palpation ne révélait dans la fosse iliaque aucune tuméfaction localisée. On trouvait seulement au-dessous de la cicatrice un peu de résistance profonde.

Opération. — Appendice bas situé, un peu long mais absolument libre et normal. Au-dessus, la paroi cœcale était réunie au péritoine pariétal par une nappe d'adhérences qui remplissaient l'ancien foyer; l'ampoule cœcale était libre et saine. L'appendice fut enlevé. Il parut évident que les accidents anciens étaient attribuable à un abcès pérityphlitique d'origine cœcale, l'appendice n'ayant eu aucune part dans le processus et les troubles secondaires devant être rapportés aux adhérences consécutives.

OBSERVATION IV

Prof. TÉDENAT de Montpellier (*Revue de Chirurgie*, octobre 1902)

*Enorme abcès rétrocœcal: larges perforations multiples à l'origine du colon. Appendice normal. Sutures secondaires.
Guérison.*

E. C..., 40 ans. Habituellement constipé. Il y a vingt jours, brusque douleur dans tout le côté droit du ventre,

sans vomissements, sans constipation complète. Rentre à l'hôpital avec le diagnostic de collection suppurée péricœcale. Température : 40°₂, pouls petit à 104. Douleur très vive dans toute la moitié droite du ventre distendu. Rougeur de la peau de la fosse iliaque droite.

Opération. — Incision de Roux pour l'appendicite. La paroi est indurée, saignante. Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule un demi-litre de pus fétide, épais, mêlé de gaz et de matières fécales. Cœcum très dilaté, rouge violet. Sur sa face antéro-externe, fausses membranes grisâtres adhérant au péritoine pariétal au-dessous desquelles on trouve l'appendice normal. Le doigt va derrière le cœcum d'où sort un grand verre de pus. Deux perforations arrondies de 12 à 15 millimètres de diamètre à la face postérieure du colon. A 4 centimètres au-dessus trois autres perforations large de 7 à 8 millimètres; drainage.

Le malade va bien, mais une fistule persiste.

Un mois après fermeture de la fistule; enfouissement des points perforés. Gros drains. La fistule reste fermée. Guérison parfaite.

OBSERVATION V

Professeur TÉDENAT, de Montpellier (*Revue de Chirurgie*),
octobre 1902.

Abcès rétro-cœcal occupant la fosse iliaque et la partie moyenne de la cuisse. Perforation de la paroi postérieure du cœcum. Appendice normal. Mort de septicémie chronique.

M. . . . , 52 ans. Santé robuste; a eu à deux reprises, le 10 août et le 8 septembre 1891, des phénomènes graves d'obstruction intestinale. Après lavements, les selles étaient revenues au bout d'une huitaine. La seconde fois, une douleur a persisté dans la fosse iliaque droite où on constate

une tuméfaction profonde. Le 12 octobre 1891, le malade entre à l'hôpital, très amaigri, faible, en fièvre hectique. La fosse iliaque droite est le siège d'un empâtement profond s'étendant jusqu'à la ligne médiane et, en bas, jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Fluctuation sur la tuméfaction de la cuisse. Ventre peu douloureux à la pression, sauf dans la fosse iliaque.

Opération. — Incision oblique interne de 8 centimètres un peu en dehors de la saillie sonore du cœcum. Le doigt contourne le cœcum, détruit quelques adhérences et donne issue à un litre de pus stercoral bien lié, fétide ; à la partie externe de la face postérieure du cœcum existe une perforation de 2 centimètres de diamètre. Seconde incision parallèle aux vaisseaux fémoraux et en dehors d'eux. Le cœcum adhère à la paroi abdominale antérieure. Drainage.

Pendant 10 jours, grande amélioration, puis augmentation des douleurs et de la fièvre. Incision parallèle à la première pour rechercher une collection purulente, réséquer la portion iléo-colique. L'appendice est trouvé libre et sain en bas et en dedans du cœcum. Il est réséqué. De graves accidents d'anesthésie empêchent de continuer l'opération. Sutures, drainage.

Statu quo durant 8 jours. La température oscille autour de 39°5. Le malade succombe à la fièvre hectique.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION VI

Professeur TÉDENAT, de Montpellier (*Revue de Chirurgie*), octobre 1902

Acès pérityphlitique consécutif à des perforations ulcéreuses simples, multiples de l'origine du colon ; large fistule stercorale. — Résection iléo-colique. — Appendice normal. — Anastomose latérale. Guérison.

Auguste R..., 68 ans. Constitution robuste, alcoolique, gros mangeur ; entre à l'hôpital le 20 janvier 1897, pour de

vives douleurs dans la fosse iliaque droite, avec coliques et nausées.

Le malade a eu deux crises analogues il y a dix mois et le 1^{er} janvier 1897, qui avaient cédé à un purgatif.

Etat. — Faciès grippé, voix éteinte, langue sèche. Pouls petit, rapide; vomissements bilieux, pas trop pénibles, ventre ballonné, douloureux. Au niveau du colon, sensibilité plus vive, douleurs plus intenses, léger empâtement de la paroi.

Opération. — Incision verticale de cinq centimètres, il s'échappe un flot fécal, noir, fétide, mêlé de gaz. Les douleurs, les vomissements disparaissent. En sept ou huit jours, les débris sphacéliques s'éliminent, une fistule stercorale s'établit.

Seconde opération pour fermer la fistule. Au-dessus de la perforation principale, on trouve deux autres perforations. Résection iléo-cœcale. Anastomose latérale entre l'iléon et le colon. Sutures. Guérison.

Examen de pièces. — Cœcum congestionné à parois épaissies. Appendice normal.

OBSERVATION VII

SOUTHAM (*Brit. Med. Journal*, 30 avril 1898, p. 1130)

Abcès pérityphlitique dû à une perforation du cœcum par une épingle; fistule stercorale. Opération plastique. Guérison.

Homme de 24 ans; admis le 23 septembre 1897, à l'infirmerie royale de Manchester. Présentait tous les symptômes d'appendicite aiguë. Quatre jours avant, il avait été pris de douleur dans la fosse iliaque droite avec des vomissements. A l'entrée, on percevait au-dessus de l'arcade de Faloppe, une voussure très nette; elle était douloureuse à la pression

et légèrement mate. Rigidité des muscles de la paroi. Abdomen un peu météorisé. Température : 38°4. Pouls : 82. Pendant quelques jours, peu de changement dans l'état du malade ; les fonctions digestives se faisaient bien. Vers la fin de la semaine les symptômes locaux étaient moins marqués, température normale, pouls 96. Le neuvième jour, le malade vomit pour la première fois. Comme les vomissements continuaient les jours suivants et devinrent fécaloïdes au bout de 48 heures, on décide une intervention. Aucun signe local n'indiquait la présence du pus. Température normale, pouls accéléré.

Opération. — Le 4 octobre. Incision exploratrice au niveau de la région appendiculaire. A l'ouverture du péritoine il s'échappe une once de pus épais à odeur fétide. Un calcul stercoral s'échappe en même temps, de forme ovoïde mesurant trois quart de pouce. Fixée au centre de cette concrétion, il y avait une épingle ; sa tête et sa pointe faisaient saillie à chacune des extrémités. La cavité de l'abcès, quand l'exploration avec le doigt fut faite, avait des adhérences qui la séparaient de la grande cavité péritonéale. Lavage à l'eau boriquée. Drainage.

Suites opératoires. — Le malade quitte l'hôpital vers le 6 novembre. Une fistule stercorale existait au niveau de l'incision ; il fut admis de nouveau à la fin de décembre. Il se produisait des décharges de matières considérables et on voyait aussi une hernie de la membrane muqueuse au niveau de la fistule. Il n'y avait ainsi aucune tendance à la fermeture spontanée.

Seconde opération. — 30 décembre 1897. La paroi fut élargie et on trouva que la communication se fait avec le cœcum qui était adhérent à la paroi abdominale antérieure. L'ouverture, large comme une pièce de un franc, était située sur la paroi antérieure du cœcum à trois pouces de la naissance de l'appendice. Il n'y avait aucun épaississement de la paroi et pas d'adhérences. Fermeture de la paroi anté-

rieure du cœcum avec points de Lembert. Fermeture de la paroi abdominale sauf au centre. Guérison trois semaines après.

OBSERVATION VIII

SOUTHAM (*Brit. med. Journal*, p. 1131, 30 avril 1898).

*Abcès pérityphlitique du à une perforation du cœcum.
Fistule stercorale. — Iléo-colostomie. — Guérison.*

Jeune homme 19 ans; admis le 9 avril 1892, avec une fistule stercorale dont l'orifice était situé un peu au-dessus du milieu de l'arcade de Fallope du côté droit. Depuis six mois un abcès s'était formé dans cette région, évoluant comme un abcès appendiculaire et après évacuation, une fistule stercorale s'était établie.

Opération. Le 9 mai, l'orifice fut élargi, et on vit la communication avec l'intestin. Elle était placée sur la paroi antérieure du cœcum près de sa jonction avec l'iléon. L'appendice était absolument sain. Les bords de l'ouverture qui était large comme une pièce de un franc était épaissis et indurés et les parois adjacentes étaient si bien maintenues par des adhérences qu'il était impossible de faire une opération plastique à ce niveau. Iléo-colostomie entre l'iléon et le colon transverse (avec la bobine en os de Seyne). La paroi abdominale fut suturée, sauf au centre.

Suites opératoires. Elles furent excellentes. Au dixième jour la fistule commence à se fermer. Guérison maintenue depuis 6 ans.

OBSERVATION IX

SOUTHAM (*Brit. med. Journal*, p. 1131, 30 avril 1898).

Abcès pérityphlétique dû à une ulcération stercorale. — Perforation du cœcum. — Irruption des matières fécales dans la cavité péritonéale. — Mort.

Homme âgé de 67 ans. Admis le 3 décembre 1894, avec symptômes d'obstruction intestinale incomplète.

Il y a sept semaines, commença à souffrir de constipation opiniâtre avec vomissements et coliques abdominales. L'obstruction était incomplète, le rectum était entièrement libre. Le quatrième jour après son admission, douleur brusque dans la fosse iliaque droite. Température 41°. Mort dans le collapsus au bout de deux heures.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, la cavité péritonéale contenait du pus et des matières liquides plus abondants dans la fosse iliaque droite. Aucune trace de péritonite récente. La partie supérieure du rectum, le colon, le cœcum et l'intestin grêle étaient distendus par des matières dures. Derrière le cœcum, vieilles adhérences qui limitaient un abcès qui contenait du pus et communiquait avec la grande cavité péritonéale. A l'ouverture du cœcum, ulcération superficielle de la grandeur d'une pièce de deux sous envahissant seulement la muqueuse, siégeant sur la paroi postérieure. Au centre de l'ulcération petite perforation du volume d'un pois. L'appendice et les autres parties du gros intestin et de l'intestin grêle étaient absolument sains et exempts de toute ulcération.

OBSERVATION X

BLUMER (*The Lancet*, t. II, p. 162, 20 juillet 1907).

Typhlite aiguë due à une déchirure traumatique du cæcum. — Suture. — Guérison.

Homme de 48 ans; admis le 21 avril 1907; se plaignant de douleurs dans la région inguinale droite s'irradiant dans tout l'abdomen. Son histoire était la suivante: le 18 avril, pendant son travail il tomba et sentit quelque chose qui se tournait dans son ventre; il n'avait ressenti aucune douleur aiguë, si ce n'est quelques heures après. Le seul symptôme qu'il accusât, était le besoin pressant d'uriner. Après avoir fini son travail, il fut amené à l'hôpital. A l'examen, il n'y avait aucune douleur localisée et la percussion ne révélait rien d'anormal.

Faciès abdominal, pouls 76, température 38°. Douze heures plus tard, douleur à l'hypogastre qui se diffuse dans tout l'abdomen; sensibilité plus grande dans la région appendiculaire. Pouls 80. Ces symptômes changent peu jusqu'au 21.

Il n'y avait aucune histoire de crise antérieure.

A son admission à l'infirmerie, le malade fut trouvé dans un état voisin du collapsus. Douleur très vive, rigidité de la paroi dans la fosse iliaque droite. Langue sèche, pas de vomissements. Poul 104. Température 40°. On pensa à un abcès appendiculaire.

Opération. — Ouverture de l'abdomen. Adhérences inflammatoires récentes au voisinage de l'appendice. Une petite déchirure de la tunique séreuse de la paroi antérieure du cæcum fut trouvée à 2 pouces de l'origine de l'appendice. Les tuniques intérieures étaient également déchirées. Sutures de ces déchirures. Ablation de l'appendice qui était sain

mais qui fut enlevé par sécurité. Pendant trois jours le malade fut dans un état inquiétant mais il guérit.

OBSERVATION XI

LYONS *The (American Journal Of Obstetric*, janvier 1909).

Abcès péri-cæcal. — Ouverture, drainage. — Appendice normal. — Guérison.

M. G. 16 ans, en novembre 1907, souffrait de l'abdomen et ses douleurs était accompagnées de nausées et de vomissements. Il restait seul de onze enfants. Il se plaignait déjà de douleurs à l'âge de 5 ans. Son attaque actuelle commence il y a une semaine avec douleur vive dans la région iliaque droite, simulant l'appendicite, avec irradiation vers la ligne médiane. La paroi abdominale était douloureuse jusqu'au devant de l'iliaque. Cette zone douloureuse s'étendait également à la région lombaire. Sensibilité cutanée avec hyperesthésie particulièrement développée. Nausées, vomissements 0° 40.

Quand je fus appelé on m'informa que pendant la dernière attaque l'enfant avait eu des élévations de température jusqu'à 41°.

A l'examen local on trouve une masse au-dessus de l'arcade de Fallope jusqu'à la crête iliaque, je diagnostiquais un abcès appendiculaire.

Opération. — Incision juste au-dessus de la tumeur, je trouvais un abcès autour du cæcum qui enveloppait complètement cet organe.

L'appendice cependant était normalement situé, juste au-dessus de l'arcade de Fallope. Son origine se faisait sur une paroi saine du cæcum, il courait au-dessus du cæcum, le long du psoas et son extrémité seule paraissait incluse dans la masse inflammatoire. La cavité de l'abcès fut nettoyée. L'appendice fut disséqué et enlevé. Drainage.

L'appendice était tout à fait normal, sauf à son extrême pointe où l'on voyait une légère inflammation de la séreuse. Ceci montrait d'une façon certaine que cet effort de l'appendice venait de l'infection directe de l'abcès.

Guérison le quinzisième jour après l'opération.

OBSERVATION XII

Académie de médecine de New-York, 5 mars 1909.

Perforation cœcale d'un diverticule du cæcum. — Appendice normal. — Résection iléo-cœcale

Berg. Il s'agit d'un homme entré en janvier 1909 pour des douleurs iliaques droites. On pensa à un appendicite subaigüe.

L'opération montre un *appendice normal* et libre, et à côté une masse molle.

On vit une perforation de la paroi externe.

Résection iléo-cœcale.

Il s'agissait d'un diverticule du cæcum.

OBSERVATION XIII

Mc. MURTHY (*Journal of the Amer' Méd. Assoc.* (1^{er} novembre 1888)

Perforation cœcale avec péritonite localisée. Appendice normal. — Suturé. — Guérison

Un homme qui souffrait de coliques depuis quelques mois : au cours de la dernière crise, la douleur très intense se localise dans la fosse iliaque droite, où bientôt une induration se montra, qui prit la forme d'une sorte de tumeur oblongue. Au 16^e jour survint une hémorragie intestinale, avec vomissements, ballonnement du ventre. coliques. On crut à une perforation de l'appendice.

Opération. — On trouve une péritonite localisée et l'appendice normal : deux perforations gangreneuses occupaient la paroi antéro-externe du cœcum, on les sutura. Le malade guérit.

OBSERVATION XIV

CAUBET (*Bulletin de la société anatomique* Février 1903)

*Abcès iliaque. — Perforation du colon ascendant. —
Appendice normal. — Mort*

Présentation du cœcum et du colon ascendant d'un enfant de 13 ans, qui avait été opéré d'un gros phlegmon stercoral que l'on crut d'origine appendiculaire. A l'autopsie l'appendice fut trouvé sain ; on constata sur la portion initiale du colon ascendant 2 petites perforations à l'emporte pièce.

L'évolution clinique fut celle de l'appendicite aigue.

OBSERVATION XV

A. PARKER. — *St. Bartholomews Hosp. Reports* 1887 V. 23, page 213.

*Ulcération traumatique du colon et du cœcum.
Abcès péri-cæcal. — Mort*

Femme 49 ans, fait une chute de voiture. Entre à l'hôpital pour contusions et douleurs abdominales. La malade, constipée, depuis 6 jours après l'accident a des vomissements verdâtre. 14 août. Après purgatifs on a une débacle. 28 août Empatement diffus de la région colique droite, malade faible. Diarrhée. 20 septembre. Toux, expectoration, pneumonique, la cachexie progresse. Mort le 20 octobre.

Autopsie — Péritonite chronique généralisée les anses intestinales adhèrent entre elles. Autour du cœcum et du

colon ascendant on trouve une collection de matières fécales et de pus. Au fond du cœcum, on trouve un ulcère grand comme une pièce de trois peuces. On trouve une deuxième ulcération sur le colon ascendant deux fois plus grande que celle du cœcum. Rien à l'appendice.

OBSERVATION XVI

ROESINGER (*Ueber akute Entzündung des Cœcums. Münch. med. Wochenschr.*, 1903).

Abcès pérityphlitique dû à une inflammation cœcale ; fistule stercorale. Guérison.

Malade présentant les symptômes graves de pérityphlite.

Opération. — On trouve entre le péritoine pariétal et le cœcum un gros abcès. La base de celui-ci était formé par la paroi cœcale colorée en gris ; la surface de cette portion cœcale était rude ; il s'y forma une fistule stercorale.

Dans une opération ultérieure pour fermer la fistule, on trouva l'appendice intact.

OBSERVATION XVII

KUTTNER (*Ueber pseudo-appendicitis Beitrage zur Zlinischen Chirurgie*, Bd 37).

*Pérityphlite avec abcès lombaire d'origine cœcale.
Appendice normal.*

Malade de 25 ans. Après un malaise de plusieurs jours s'alite avec une douleur intense dans le flanc droit, fièvre élevée et vomissements. Il se produisit un abcès dans la région lombaire qui fut incisé. Après six semaines de repos au lit, se produisit de nouveau la douleur dans la région

iléo-cœcale qui nécessita son transport à la clinique chirurgicale. Là, les symptômes consistant en diarrhée, sensibilité au point de Mac Burney, résistance dans la profondeur, conduisirent au diagnostic de pérityphlite aiguë.

Opération. — On trouve un appendice allongé autour du cœcum et qui était macroscopiquement et microscopiquement normal.

Pendant la convalescence, on nota encore de temps en temps, de la douleur dans la région cœcale et une légère élévation de température, indice que la paroi cœcale était la cause du mal.

OBSERVATION XVIII

FELTZ. — Typhlitis chronique. *Gaz. hebdomadaire*, n° 7. 1902.

Il rapporte un cas de pérityphlite avec foyer purulent situé à côté du cœcum, produit par une perforation du cœcum. Cœcum rempli de matières brunes compactes.

Appendice absolument intact.

Nous rapportons encore quelques observations d'inflammation limitée du cœcum avec appendice normal, où la perforation s'est ouverte dans un foyer de péritonite plus ou moins localisé, sans production d'abcès, mais qui donne toute l'apparence d'un plastron appendiculaire, et que nous croyons intéressant de reproduire.

Nous citerons également trois observations de Polya où il y a perforation cœcale avec production d'abcès ; mais ces cas ne sont pas aussi nets que ceux que nous avons rapportés plus haut ; l'appendice est sain, mais fixé par sa pointe, et cependant l'inflam-

mation est bien d'origine cœcale et non appendiculaire.

OBSERVATION XIX

WILLIAMS CLARENCE A. — Typhlitis without. *Appendicitis Annals of surg.* June, 1907, Bd. 45

*Pérityphlite d'origine cœcale. — Résection du cæcum.
Appendice normal*

Malade de 48 ans. Amenée à l'hôpital quatre semaines auparavant avec vomissements, constipation et douleurs abdominales et sortie huit jours après, revient avec tous les signes d'une pérityphlite. A l'entrée on sent dans la région cœcale, une masse ronde, mobile de la grosseur d'un citron. Le diagnostic fut fait de pérityphlite aiguë avec un abcès probablement encapsulé.

Opération 24 heures après l'entrée. On trouva la paroi cœcale rude et foncée, épaisse et dure; dans le voisinage, un peu de liquide séreux qui à la culture donna du staphylocoque. Appendice de longueur normale sans altération. Il n'y avait pas de doute, les symptômes provenaient du cæcum. Les recherches sur la portion cœcale réséquée donnèrent une forte inflammation avec ulcération de la muqueuse de la grosseur de 4 pièces de 1 pfenning recouvertes de matières gris sale.

Au microscope la tuberculose est éliminée. L'appendice montra une inflammation aiguë que l'auteur fait secondaire à l'inflammation cœcale. Williams conclut à une inflammation aiguë, intense, purulente primaire, du cæcum.

OBSERVATION XX

BÜRKHARDT. — *Beitrage zur Klinisch. Chir.* Tome 63. 1909

Inflammation du cæcum récidivante. — Résection cæcale. Appendice normal

Jeune fille ayant présenté, il y a quinze jours, une douleur aiguë dans la région iléo-cæcale ; langue saburrale, constipation, mauvais état général, disparition des douleurs après quelques jours de repos. Nouvelle crise avec constipation, fièvre et douleur et elle entre à la clinique.

Etat. — Malade ne présentant pas d'altération des organes internes. Température légèrement fébrile, pouls, 84. Dans le voisinage du point de Mac Burney, région sensible de la largeur de la main, pas de résistance anormale, ventre légèrement tendu, Diagnostic d'appendicite récidivante.

Opération. — *Laparotomie.* — Le cæcum présente une forte coloration de sa paroi, sur une étendue de la grosseur d'une prune ; au palper sensation d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, paraissant constituée par la paroi intestinale épaissie. Appendice normal, comme couleur et libre d'adhérences. On fait une résection du cæcum en enlevant même un morceau du colon ascendant ; fermeture des deux bouts terminaux et anastomose latéro-latérale. Guérison.

La pièce examinée n'était pas de nature tuberculeuse.

OBSERVATION XXI

ENDERLEN. — *Beilage. zur Klinisch. Chirur.* Tome 68, 1909

Typhlite aiguë due à une ulcération du cæcum.

Réséction cœcale

Homme 36 ans. Tombe subitement malade après être allé à la selle. Douleur aiguë abdominale. Entre à la clinique pour être opéré.

Etat. — Homme vigoureux, urines sans albumine. Température: 37°5, pouls, 88. Dans la région cœcale, endroit très douloureux à la pression, pas de résistance certaine, le ventre est légèrement ballonné, tympanique, non sensible. Diagnostic de pérityphlite aiguë.

Opération. — Après ouverture de la cavité péritonéale, on arrive difficilement à isoler le cæcum. Appendice dans la position normale sans adhérence, ni exsudat, surface extérieure lisse et intacte. On résèque l'appendice et on inspecte le cæcum; au niveau du fond fausses membranes de la grosseur d'une pièce d'un marc, au centre de laquelle on distinguait une tâche colorée de la grosseur d'une pièce de 10 pfennig. La palpation donne la sensation d'une masse ulcérée de la grosseur d'une cerise. A cet endroit on fait une résection partielle de la portion cœcale malade. Suture.

Guérison rapide du malade.

OBSERVATION XXII

JORDAN. — Ueber primære akute Typhlitis
Archives für Klinischen chir., Bd. 69.

Pérityphlite cœcale. — Résection du cæcum Appendice normal

Jeune fille de 10 ans, tombe malade avec de la fièvre, douleur dans la région iléo-cœcale. Après peu de temps apparition d'un plastron de la largeur de la main dans la région cœcale. Comme l'état général était bon, après avoir fait le diagnostic de pérityphlite subaigüe, on opéra 6 semaines après. On s'attendait à trouver un appendice purulent entouré d'exsudats.

Opération. — On trouve le cæcum enveloppé de fausses membranes inflammatoires. L'appendice était libre et normal. Après l'enlèvement des fausses membranes on trouva sur le cæcum une région brunâtre de la grosseur d'une pièce de 2 marcs, qui présentait une infiltration allant jusqu'à la muqueuse. On réséqua le morceau suspect. Au microscope aucune lésion tuberculeuse, forte infiltration de petites cellules, plus marquée dans la muqueuse et la sous-muqueuse.

Dans la zone infiltrée on trouva des staphylocoques.

La malade guérit et se porte très bien après 6 ans.

OBSERVATION XXIII

SICK. — Primære akute Typhlitis.
Deutsche Zeitschr. f. chirurgie, Bd. 70

Malade de 58 ans, malade depuis 5 jours avec fièvre élevée, douleur à la pression dans la région iléo-cœcale, avec empâtement.

Opération. — A l'ouverture de l'abdomen on trouva un cœcum considérablement enflammé. Le cœcum présentait en outre une tache de la grosseur d'un haricot, renflé en ampoule, sous lequel on voyait nettement les scybales. L'appendice était tout à fait intact et ne montrait nullement la tumescence et l'hyperémie de l'organe, comme on voit dans les légères appendicites. La portion renflée en ampoule fut enfouie par invagination. L'appendice ne fut pas réséqué, le cœcum non plus.

Il s'agissait d'une formation ulcéreuse par coprostase.

OBSERVATION XXIV

THOMAS. — Relation between typhlitis and appendicitis
Therapeutic Review Philad., oct. 1904.

Inflammation cœcale avec perforation. — Appendice normal.

Femme 62 ans, alitée depuis 3 semaines, souffrait depuis longtemps de constipation rebelle, présentait de la diarrhée alternant avec de la constipation et des vomissements. Depuis le commencement de la maladie, douleur dans la région iléo-cœcale. A l'entrée dans la clinique symptômes de perityphlite grave.

Opération 24 heures après l'entrée. — On trouve un cœcum enflammé présentant à quelque distance de l'appendice une perforation. L'appendice enlevé était normal.

OBSERVATION XXV

THOMAS. — Relation between typhlitis and appendicitis
Therapeutic Review Philad., oct. 1904.

Malade opéré avec diagnostic de pérityphlite aiguë. On trouva que l'appendice avait été enlevé dans une opération

précédente. Il fallait attribuer les symptômes à un cœcum enflammé et ulcéré.

OBSERVATION XXVI

POLYA. — Zur Pathogenese der Primären Typhlitis.
Deutsche Med. Wochenschr., 1905.

*Typhlite récidivante. Absès péricœcal. Ouverture, curettage.
Appendice normal mais fixé par sa pointe.*

Enfant de 17 ans. Depuis un an souffrait toutes les trois ou quatre semaines, de douleurs dans la région iléo-cœcale, qui étaient accompagnées de constipation, de rétention de matières et des gaz, de fièvre et de vomissements. Au début ces symptômes ne duraient que deux jours, et plus tard ils allèrent à une semaine. Le malade vint à la clinique où l'on fit le diagnostic d'appendicite récidivante.

Opération. — Laparotomie. On trouva le cœcum presque soudé avec le péritoine pariétal. A la libération des adhérences, on tombe sur une petite cavité abcédée, sur la face inférieure du cœcum avec des granulations rouges. L'appendice était adhérent par sa pointe avec la région de l'anneau inguinal interne. La paroi cœcale se montrait, après curettage des granulations de l'abcès, épaissie sur l'étendue d'une pièce de deux francs, cicatrisée et privée de séreuse. L'appendice fut enlevé; il était épaissi à son extrémité en battant de cloche, la paroi également épaissie, mais malgré cela il était normal.

Guérison.

OBSERVATION XXVII

POLYA. — Zur Pathogenese der Primären Typhlitis.
Deutsche Med. Wochenschr., 1905.

*Typhlite récidivante. — Perforation cœcale avec petit abcès.
Suture. — Appendice normal.*

Femme de 34 ans, ayant présenté, il y a huit semaines une douleur dans la région cœcale avec des vomissements, de la fièvre ; présente une nouvelle crise analogue avec induration de la région cœcale et douleur. A l'entrée, on trouve dans la région iléo-cœcale une résistance douloureuse et on fait le diagnostic d'inflammation chronique récidivante du cœcum.

Opération. — Laparotomie. On trouve la pointe du cœcum fortement adhérente au péritoine pariétal et à l'épiploon. Après libération des adhérences on trouve une cavité abcédée de la grosseur d'une noix qui représentait la coupe du cœcum. Les parois cœcales étaient épaissies à cet endroit sur l'étendue d'une pièce de 2 francs et dans le milieu on trouvait une perforation de la grosseur d'un grain de millet qui laissait passer la sonde dans l'intérieur du cœcum. Pas d'altération du cœcum. L'appendice partait du voisinage de la perforation et était fixé en position retro-cœcale. On l'extirpe ; suture de la paroi cœcale, la mobilité insuffisante empêchant la résection. L'appendice était tout à fait normal.

Guérison.

OBSERVATION XXVIII

POLYA. — Zur Pathogenese der Primären Typhlitis.
Deutsche Med Wochenschr., 1905.

Typhlite récidivante. — Perforation cœcale.
Résection cœcale.

Femme de 58 ans. Tombe malade subitement avec douleur aiguë dans la partie droite de l'abdomen. Après huit jours elle quitte le lit, et les douleurs reviennent de façon intermittente pendant trois semaines. Il se produit alors une amélioration. Nouvelle crise dès qu'elle se lève. La malade vient à l'hôpital. Dans la région iléo-cœcale, résistance douloureuse. Diagnostic d'appendicite chronique récidivante.

Opération. — Laparotomie. L'extrémité du cœcum était adhérente à la dernière anse grêle et la libération montra dans la paroi cœcale une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle. Cette portion fut réséquée ainsi que l'appendice. L'appendice partait immédiatement en dessous de la perforation et s'en allait en arrière et en haut et sa pointe épaissie était fixée en position rétrocœcale. Au microscope l'appendice est normal. La paroi intestinale apparaît épaissie, infiltrée de cellules rondes et congestionnée ; sur la plus grande partie, la muqueuse manquait.

Guérison.

CONCLUSIONS

Il existe des abcès de la fosse iliaque droite d'origine cœcale, avec intégrité absolue de l'appendice.

Ces abcès reconnaissent comme causes étiologiques les mêmes causes que les abcès appendiculaires ; l'infection réalisée au niveau des follicules clos, entre pour la plus grande part dans cette étiologie.

La perforation de la paroi cœcale est la lésion anatomique essentielle. Elle siège, de préférence, sur la face antéro-externe du cœcum et s'accompagne d'abcès qui sont antérieurs, latéraux ou postérieurs par rapport au cœcum.

Au point de vue clinique, ces abcès péri-cœcaux affectent toutes les allures de l'abcès appendiculaire et il est absolument impossible de les différencier cliniquement et en faire le diagnostic. L'intérêt de leur étude n'est pas clinique, mais toute pathologique.

Le traitement est celui de l'abcès appendiculaire : ouverture et drainage. Les suites sont normales. L'évolution se fait vers la guérison, en laissant subsister quelquefois une fistule stercorale qui nécessite presque toujours une nouvelle intervention pour en obtenir l'obturation.

Le Président de la Thèse,
JABOULAY.

VU :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Lyon, le 13 juillet 1910.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- LEJARS. — *Semaine médicale* 9 mai 1906. Typhlite et pérityphlite.
- QUÉNU et DUVAL. — *Revue de chirurgie*, octobre 1902. Ulcères du cæcum.
- L. S. Mc. Murthy. — *Journ. of the Amer. Med Assoc.* 1^{er} novembre 1888. Typhlitis.
- CAUBET. — *Bulletin de la Société anatomique*, février 1903.
- LYONS. — *The american Journal of obstetric*, janvier 1909. Page 76. Typhlitis.
- BLÜMER. — *The Lancet*, 20 juillet 1907. A case of partial perforation of the bowel simulating appendicitis : opération. Recovery.
- SOUTHAM. — *Brit med Journal*, 30 avril 1898. On case of perityphlitic abcess of cæcal origin.
- BERG. — *Académie de médecine de New-York*, 5 mars 1909.
- REISINGER. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1903.
- BÜRKHARDT. — *Beitræge zur Klinisch. chir.*, tome 63, 1909, Primäre typhlitis.
- ENDERLEN. — *Beitræge zur Klinisch. chir.*, tome 63, 1909. Primäre typhlitis.
- WILLIAMS CLARENCE A. — Typhlitis without appendicitis. *Annals of surg* June, 1907. Bd 45.

- MAX JORDAN. — Ueber primäre akute Typhlitis — *Archiv. für Klinisch. chir.*, 1903. Bd 69.
- THOMAS. — Relation between typhlitis and appendicitis. *Therapeutic Review Philad.*, oct. 1904.
- SICK. — Primäre akute typhlitis. *Deutsche Zeitschr. f. chirurgie*, 1903. Bd 70.
- KÜTTNER. — Ueber pseudo appendicitis. *Beiträge zur Klinische chirurgie*, Bd 37.
- FELTZ. — Typhlite chronique. *Gaz bebd*, n° 7, 1902.
- FRANCISKA CORDES. — *Beiträge zur Klinische chirurgie*, tome 63, 1909. Ueber primäre typhlitis.
- POLYA. — Zur Pathogenese der primäre typhlitis. *Deutsche med. Vochenschr.*, 1905.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
Historique	14
Etiologie et Pathogénie.....	19
Anatomie pathologique	24
Etude clinique.....	27
Traitement.....	33
CONCLUSIONS.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
